

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE  
COBERTURA DE SEGURO DE  
RESPONSABILIDAD CIVIL  
PARA FISIATRAS, KINESIOLOGOS Y  
OTROS HABILITADOS A EJERCER LA PROFESION  
SEGÚN LEY 24.137.**

**ADVERTENCIA AL ASEGURABLE**

Esta póliza se emite bajo la condición de que el acto médico del que deriva la responsabilidad del asegurado haya sido practicado durante la vigencia del seguro y que, a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados al asegurador dentro del período de vigencia de la póliza, y/o el período extendido de denuncia de siniestros según la opción elegida. Esta advertencia no es aplicable en caso de que la opción elegida haya sido la cobertura en base a ocurrencias.

**NOTA IMPORTANTE: LA ORDEN DE EMISION DE LA PRESENTE COBERTURA DEBERA ESTAR ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES DATOS MINIMOS:**

- A) NOMBRE DEL P.A.S.
- B) SUMA ASEGURADA SOLICITADA.
- C) TIPO DE COBERTURA. (INCLUIR ADICIONALES CONVENIDOS)
- D) VIGENCIA DEL SEGURO.
- E) COSTO ACORDADO CON EL ASEGURADO.
- F) PLAN DE PAGOS.
- G) FORMA DE PAGO (PAGO FACIL, DEBITO EN CUENTA, DEBITO EN TARJETA.)

FORMULARIO PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA FISIATRAS,  
KINESIOLOGOS Y OTROS HABILITADOS A EJERCER LA PROFESION SEGÚN LEY 24.137.

1. Nombres del Proponente: \_\_\_\_\_  
Apellido/s Completo/s: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Domicilio particular: Calle \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Piso/Depto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio laboral: Calle \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Piso/Depto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Nº de Documento: \_\_\_\_\_
2. Universidad en la que se graduó: . \_\_\_\_\_  
Año de Graduación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
Posee alguna Especialidad: \_\_\_\_\_  
Tiene alguna certificación: \_\_\_\_\_  
Cuál? \_\_\_\_\_ Por quién? \_\_\_\_\_ En que año? \_\_\_\_\_
3. Tiene Ud. algún entrenamiento adicional? NO ( ) SI ( )  
Si la respuesta es afirmativa, aclare el tipo de entrenamiento, dónde y cuándo lo obtuvo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. N° de matrícula: \_\_\_\_\_ Fecha de matriculación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Autoridad que la otorgó: \_\_\_\_\_  
Otras matrículas: \_\_\_\_\_
5. Enuncie cuáles son las instituciones en las que Ud. presta servicios en forma autónoma: \_\_\_\_  
Enuncie cuáles son las Instituciones en las que Ud. presta servicios en relación de  
dependencia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Está Ud. asociado, de algún modo a: \_\_\_\_\_  
a) Alguna entidad de rehabilitación física, con internación, pública o privada? NO ( ) SI ( )  
b) Alguna organización Prepaga para la atención kinésica? NO ( ) SI ( )  
c) Alguna entidad de rehabilitación física sin internación pública o privada NO ( ) SI ( )  
d) Está empleado o contratado por alguien para la provisión de sus servicios? NO ( ) SI ( )  
e) Está Ud. empleado o contratado por alguna Institución deportiva para  
la prestación de sus servicios? NO ( ) SI ( )  
Si la respuesta es afirmativa indique el nombre legal y la ubicación de la entidad, así como el  
departamento para el que trabaja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Cuántos días trabaja por semana? \_\_\_\_\_ Horas por día? \_\_\_\_\_  
a) En Instituciones con internación: \_\_\_\_\_ horas por día.  
b) En Instituciones sin internación: \_\_\_\_\_ horas por día.  
c) En Instituciones Deportivas: \_\_\_\_\_ horas por día.  
d) En consultorio privado: \_\_\_\_\_ horas por día.
8. Ud. medica fármacos NO ( ) SI ( )
9. Ud. atiende: Niños \_\_\_\_\_ ; Adolescentes \_\_\_\_\_ ; Adultos \_\_\_\_\_

10. Que tipo de tratamientos realiza?

- |                       |        |        |
|-----------------------|--------|--------|
| a) Onda corta?        | NO ( ) | SI ( ) |
| b) Ultra sonido?      | NO ( ) | SI ( ) |
| c) Ultra violeta.?    | NO ( ) | SI ( ) |
| d) Infrarrojo?        | NO ( ) | SI ( ) |
| e) Tracción cervical? | NO ( ) | SI ( ) |
| f) Otros:             |        |        |

11. Lleva ficha kinesiológica? NO ( ) SI ( )  
Por cuanto tiempo la archiva?

12. Realiza prácticas sin indicación médica? NO ( ) SI ( )  
Archiva las órdenes médicas? NO ( ) SI ( )

Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

13. En caso de haber tenido seguro de responsabilidad civil profesional vigente durante el último año, sírvase especificar:

- a) Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_  
b) Duración del Seguro: \_\_\_\_\_  
c) Límites previstos de Responsabilidad: \_\_\_\_\_

14. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare en forma completa (incluyendo fechas) en hoja a parte toda la información posible.

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| a) Ha sido penalizado por algún cuerpo administrativo o Asociación profesional?  | NO ( ) | SI ( ) |
| b) Le han rechazado, anulado, no renovado o emitido alguna vez bajo términos especiales su seguro de resp. Profesional?                      | NO ( ) | SI ( ) |
| c) Ha estado Ud. alguna vez involucrado, directa o indirectamente, o está actualmente en litigio por algún reclamo o juicio por mala praxis? | NO ( ) | SI ( ) |

Si la respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestro para cada caso.

15. Alternativas de suma asegurada:

- ( ) 120.000.-
- ( ) 150.000.-
- ( ) 200.000.-
- ( ) 250.000.-
- ( ) 300.000.-

16. Alternativas de tipo de cobertura:

**TPC PURO ( )      TPC FULL ( )      TPC 10 ( )      TPC OCURRENCIA ( )**  
**Ver Notas ( I ) ( II ) ( III ) ( IV )**

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderas, y que no ha omitido ni mentado sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor. Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley 17.418 (art. 5º y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguro.

Para las Alternativas de Cobertura TPC Puro, TPC Full y TPC 10

Asimismo declaro que tengo pleno conocimiento que estoy contratando una póliza con una cobertura a base de reclamos de terceros o de notificaciones al Asegurador de reclamos de terceros, siendo también de mi pleno conocimiento lo siguiente:

- 1) Que, conozco las limitaciones previstas en el contrato de seguro que estoy solicitando, y que en consecuencia, la cobertura del seguro cuya contratación solicito, solamente dará cobertura a los reclamos judiciales que me sean notificados por terceros, o a las notificaciones que yo haga al Asegurador de esos reclamos, relativos a mis acciones u omisiones durante el ejercicio de mi profesión, y que yo haya cometido a partir de la fecha retroactiva que será prevista en las Condiciones Particulares de Póliza.
- 2) Que la cobertura en las sucesivas pólizas que vaya renovando con este mismo Asegurador, seguirán los mismos principios establecidos en 1) teniendo siempre la obligación de indemnizarme la póliza en cuya vigencia haya sido presentado el reclamo del tercero perjudicado o mi notificación al Asegurador de haber recibido un reclamo de un tercero, cuando ésta anteceda al efectivo reclamo judicial.
- 3) Que existiendo más de un reclamo derivado de un mismo evento, la obligación de indemnizar le cabrá exclusivamente a la póliza en vigencia sobre la cual fue presentado

el primero de los reclamos o la notificación del Asegurado, cuando esta le anteceda al reclamo.

- 4) Que no siendo renovada la póliza, será concedida cobertura automática para los reclamos que sean presentados hasta \_\_\_ (\*) años después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.

(\*) De 0 años en el caso del TPC Puro, de 5 años en caso del TPC Full y de 10 años en el caso del TPC 10.

Notas:

(I) TPC Puro: Cobertura base Reclamo sin extensión del período de reporte de reclamos y siniestros. El mismo puede contratarse comprando el endoso de salida para dicha extensión de hasta 10 años a la finalización de la vigencia del seguro y con el pago del premio adicional correspondiente.

El asegurado deberá solicitarlo con una anticipación de 10 días al vencimiento de la póliza y cumplir con el pago contado del premio adicional, verificados estos requisitos TPC estará obligada a emitir el correspondiente endoso de salida.

(II) TPC Full: Cobertura base Reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 5 años contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.

(III) TPC 10: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 10 años.

(IV) TPC Ocurriencia: Cobertura base Ocurriencia. Incluye 10 años automáticos para reporte de reclamos y siniestros desde la finalización de la vigencia del seguro y su costo incluido en el premio del mismo. Para estar cubierto el asegurado solo tiene que haber tenido póliza vigente en TPC en el momento del acto médico que genera el reclamo/siniestro por mala praxis.

Habiendo sido suficientemente informado acerca de las alternativas de cobertura que se me ofrecen, declaro haberlas entendido y conocer tanto las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales que regirán el seguro de responsabilidad civil que por la presente solicito y acepto, así como el alcance de su cobertura y de sus limitaciones, franquicias, deducibles, cargas y exclusiones, y de mis derechos y obligaciones que asumiré en caso de que la presente solicitud sea aceptada por el Asegurador. Declaro expresamente que también he sido informado y estoy en conocimiento de lo mencionado, a través de la página web de TPC : <http://www.webtpc.com.ar> / y el "Manual sobre Seguros de RC Médica" allí incluido.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Nro. De CUIT: \_\_\_\_\_

Situación frente al IVA:  Responsable Inscripto  
 Exento  
 Monotributo  
 Consumidor Final

**IMPORTANTE:**

Los siguientes datos del solicitante que figuran en el presente formulario, son requeridos en forma obligatoria por la resolución 6/2005 sobre " Encubrimiento y lavado de activos de origen delictivo".

Asimismo cualquiera de estos datos pueden ser solicitados en caso de anulación de la operación con restitución de prima igual o superior a \$ 50.000.-, o en caso de pago al asegurado de indemnización por siniestro igual o superior a \$ 50.000.-

En caso de Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados será requerida la siguiente información:

- Identificación del cesionario o beneficiario.
- Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vínculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

Las siguientes situaciones pueden ser utilizadas como alertas que podrían obligar a nuestra Aseguradora a reportar la operación ante la Unidad de Información Financiera:

- a) Negación o reducción en el suministro de la información.-
- b) Entrega de información engañosa o difícil de verificar.-
- c) Operaciones sin justificación económica.
- d) Determinación de desvíos, incongruencias, incoherencias o inconsistencias entre la transacción realizada y el perfil del cliente.-

**ANEXO LEY 25.246 - Personas Físicas**

**Para primas mayores a \$ 50.000 (Ley 25.246 - se considerarán el total de primas anuales de todos los ramos)**

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del cónyuge: \_\_\_\_\_

Tipo y nro documento del cónyuge: \_\_\_\_\_

DDJJ sobre licitud y origen de los fondos ¿Se adjunta? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Presentación de documentación respaldatoria ¿Se adjunta? \_\_\_\_\_

Certificación extendida por contador público matriculado que certifique el origen de los fondos. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Documentación bancaria donde surja la existencia de fondos suficientes. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cualquier otra documentación que respalde de acuerdo al origen declarado la tenencia de fondos suficientes para realizar la operación. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Detallar la documentación adjunta: \_\_\_\_\_

**Referencias comerciales, personales o laborales:**

**Referencia 1**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Documento: \_\_\_\_\_ Cuit / Cuil / Cdi: \_\_\_\_\_

Domicilio Real/comercial/laboral Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Dpto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Referencia 2**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Tipo y Nº Documento: \_\_\_\_\_ Cuit / Cuil / Cdi: \_\_\_\_\_

Domicilio Real/comercial/laboral Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Dpto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_